

「贈与定期預金」申込書

富山県医師信用組合 御中

今般、私ども貴組合取扱いの「贈与定期預金」をもって贈与すること、ならびに贈与を受けることを双方承諾しましたので、下記のとおり取り扱い下さいますよう申し込みいたします。

令和 年 月 日 (作成希望日：令和 年 月 日)

贈与する人 (申込人)	〒.....
	住所
	氏名 ⑩ 普通預金お届け印

贈与を受ける人		お届け印	贈与を受ける人が未成年の場合、その親権者氏名
住所 〒..... 生年月日.....	⑩	住所 〒.....	
氏名		氏名 ⑩	
金額	期間	1年・2年・3年・4年・5年	
住所 〒..... 生年月日.....	⑩	住所 〒.....	
氏名		氏名 ⑩	
金額	期間	1年・2年・3年・4年・5年	
住所 〒..... 生年月日.....	⑩	住所 〒.....	
氏名		氏名 ⑩	
金額	期間	1年・2年・3年・4年・5年	

記

贈与定期預金の引き落としについては、普通預金規定にかかわらず預金通帳および払い戻し請求書の提出などいたしませんから、貴組合所定の方法で処理してください。

- ・記載内容は事実に相違なく、租税条約等実施特例法第十条の五第一項に基づく届出をし、当組合が定めた規定を契約内容とするこの預金の口座開設を申込みます。また、記載した情報に変更が生じた場合は、再提出することに同意します。
- ・この申込にあたり、預金取引が当組合が定めた規定により取り扱われることに同意します。

検	印	係	印	照	合	印